

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1912-1913. — N° 67

DES

PTOSES VISCÉRALES

PAR INSUFFISANCE THYROIDIENNE

~~~~~  
THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 11 janvier 1913

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jean VILLARD

NÉ A DIJON LE 12 AVRIL 1887

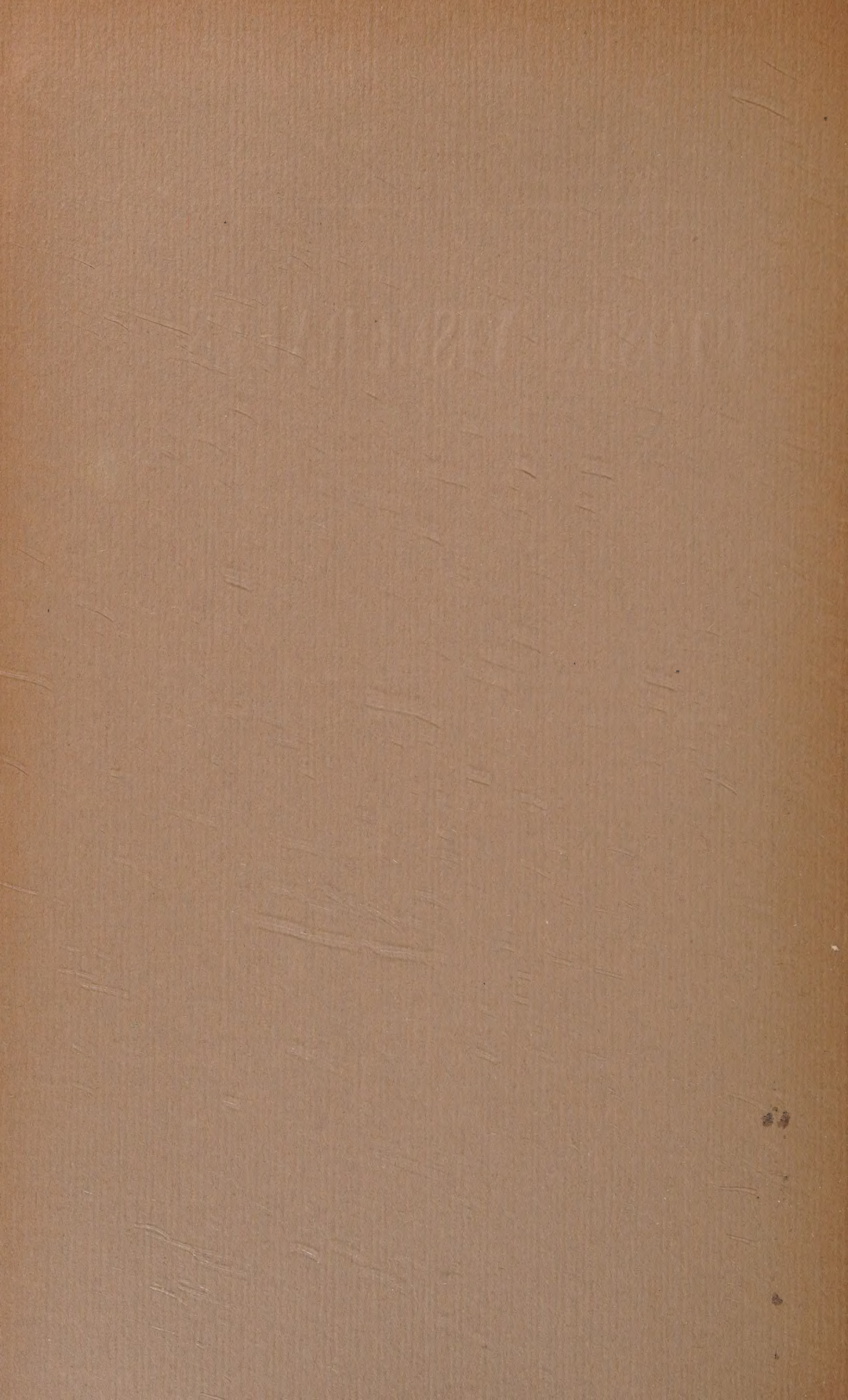
—•—

BESANÇON

IMPRIMERIE JACQUES ET DEMONTROND

—

1913



FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1912-1913. — N° 67

---

DES

# PTOSES VISCÉRALES

PAR INSUFFISANCE THYROIDIENNE

---

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

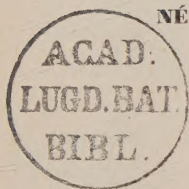
Et soutenue publiquement le 11 janvier 1913

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jean VILLARD

NÉ A DIJON LE 12 AVRIL 1887



---

BESANÇON

IMPRIMERIE JACQUES ET DEMONTROND

—  
1913

# PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNEQ. . . . . DOYEN.  
J. COURMONT . . . . . ASSESSEUR.

## PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUEAU, AUGAGNEUR, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE, LÉPINE, PIERRET  
BEAUVISAGE.

## PROFESSEURS

|                                                           |   |                 |
|-----------------------------------------------------------|---|-----------------|
| Cliniques médicales . . . . .                             | { | MM. TEISSIER.   |
| Cliniques chirurgicales . . . . .                         | { | ROQUE.          |
| Clinique obstétricale et accouchements . . . . .          |   | BARD.           |
| Clinique ophtalmologique . . . . .                        |   | PONCET.         |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques . . . . . |   | JABOULAY.       |
| Clinique des maladies mentales . . . . .                  |   | FABRE.          |
| Clinique des maladies des enfants . . . . .               |   | ROLLET.         |
| Clinique des maladies des femmes . . . . .                |   | NICOLAS.        |
| Physique médicale . . . . .                               |   | LÉPINE (J.).    |
| Chimie médicale et pharmaceutique . . . . .               |   | WEILL.          |
| Chimie organique et toxicologie . . . . .                 |   | POLLOSSON (A.). |
| Matière médicale et botanique . . . . .                   |   | CLUZET.         |
| Parasitologie et histoire naturelle médicale . . . . .    |   | HUGOUNEQ.       |
| Anatomie . . . . .                                        |   | MOREL.          |
| Anatomie générale et histologie . . . . .                 |   | X....           |
| Physiologie . . . . .                                     |   | GUIART.         |
| Pathologie interne . . . . .                              |   | TESTUT.         |
| Pathologie et thérapeutiques générales . . . . .          |   | RENAUT.         |
| Anatomie pathologique . . . . .                           |   | MORAT.          |
| Médecine opératoire . . . . .                             |   | COLLET.         |
| Médecine expérimentale et comparée . . . . .              |   | LESIEUR.        |
| Médecine légale . . . . .                                 |   | PAVIOT.         |
| Hygiène . . . . .                                         |   | POLLOSSON (M.). |
| Thérapeutique . . . . .                                   |   | COURMONT (P.).  |
| Pharmacologie . . . . .                                   |   | LACASSAGNE.     |
|                                                           |   | COURMONT (J.).  |
|                                                           |   | PIC.            |
|                                                           |   | FLORENCE.       |

## PROFESSEURS ADJOINTS

|                                                      |     |          |
|------------------------------------------------------|-----|----------|
| Physiologie, cours complémentaire . . . . .          | MM. | DOYON.   |
| Maladies des oreilles, du nez et du larynx . . . . . |     | LANNOIS. |
| Pathologie externe . . . . .                         |     | VALLAS.  |
| Maladies des voies urinaires . . . . .               |     | ROCHET.  |

## CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

|                                                   |     |                 |        |
|---------------------------------------------------|-----|-----------------|--------|
| Chimie minérale . . . . .                         | MM. | BARRAL,         | agrégé |
| Propédeutique chirurgicale . . . . .              |     | BERARD,         | —      |
| Propédeutique de gynécologie . . . . .            |     | CONDAMIN,       | —      |
| Chirurgie infantile . . . . .                     |     | NOVÉ-JOSSERAND, | —      |
| Accouchements . . . . .                           |     | COMMANDEUR,     | —      |
| Matière médicale . . . . .                        |     | MOREAU,         | —      |
| Embryologie . . . . .                             |     | REGAUD,         | —      |
| Anatomie topographique . . . . .                  |     | PATEL,          | —      |
| Botanique . . . . .                               |     | BRETIN,         | —      |
| Chirurgie expérimentale . . . . .                 |     | VILLARD,        | —      |
| Clinique infantile . . . . .                      |     | MOURIQUAND,     | —      |
| Propédeutique urologique . . . . .                |     | GAYET,          | —      |
| Déontologie et médecine professionnelle . . . . . |     | (Et.) MARTIN,   | —      |

## AGRÉGÉS

|                |                 |            |               |
|----------------|-----------------|------------|---------------|
| MM.            | MM.             | MM.        | MM.           |
| REGAUD.        | Etienne MARTIN. | BRETIN.    | MOURIQUAND.   |
| COMMANDEUR.    | LAROYENNE.      | LERICHE.   | ARLOING (F.). |
| GAYET.         | VORON.          | THÉVENOT.  | GUILLEMARD.   |
| NEVEU-LEMAIRE. | NOGIER.         | TAVERNIER. | PIÉRY, ch.... |
| PATEL.         | LATARJET.       | CADE.      | SAVY, ch....  |

M. BAYLE, secrétaire

## EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. PONCET, Président ; DOYON, Assesseur ;  
MM. LERICHE et TAVERNIER, Agrégés

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

FAIBLE TÉMOIGNAGE D'UNE VIVE AFFECTION

A MON COUSIN

LE DOCTEUR ÉTIENNE BÉJEAN

EN RECONNAISSANCE

DU GRAND INTÉRÊT QU'IL VEUT BIEN ME TÉMOIGNER

A MES PARENTS

A MONSIEUR P. JAMIN

A MES MAÎTRES

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR PONCET

QUI A BIEN VOULU

NOUS FAIRE L'HONNEUR D'ACCEPTER LA PRÉSIDENTE

DE CETTE THÈSE

*Les nombreux soucis que cause une thèse laissent du moins à son auteur l'agréable dédommagement de remplir un devoir qui lui tient à cœur : c'est cette occasion unique de rendre hommage à la bonté et au dévouement de ceux qui, maîtres et amis, ont contribué à rendre facile une vie que l'on quitte à regret.*

*Nous sommes heureux de pouvoir remercier ici nos maîtres de Lyon et de Grenoble, et notamment M. le professeur Porte, pour les marques d'intérêt qu'il a bien voulu nous donner. Nous adressons l'expression de notre profonde gratitude à M. le docteur Clément, de Fribourg, qui a bien voulu nous honorer de sa confiance en nous acceptant comme assistant dans sa clinique. Nous n'oublierons jamais ce que nous devons à ses conseils éclairés et au précieux exemple de son dévouement professionnel.*

*M. le docteur Hyenne et M. le docteur Tisserand (de Besançon) viennent de nous agréer comme assistant dans leur clinique. Nous les remercions de cette marque d'estime et sommes heureux de pouvoir profiter de leurs savantes leçons; notre plus vif désir serait de nous montrer toujours digne de tels maîtres.*

*A M. le docteur Ledoux et M. le docteur Tisserand, qui nous ont donné notre sujet de thèse et fourni les éléments nécessaires à nos recherches, nous adressons nos remerciements bien sincères pour leur aimable accueil et leurs bienveillants conseils.*

*Nous ne voulons pas oublier M. le docteur agrégé Leriche, qui a bien voulu faciliter notre tâche en cette occasion.*



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

[https://archive.org/details/IA41546718\\_0067](https://archive.org/details/IA41546718_0067)

# DES PTOSES VISCÉRALES

## PAR INSUFFISANCE THYROIDIENNE

---

### AVANT-PROPOS

---

Au cours des années que nous avons passées comme assistant des docteurs Clément (de Fribourg) et Tisserand (de Besançon), il nous est arrivé bien souvent de constater le syndrome que nous avons l'intention d'étudier dans ce travail. Les malades qui venaient consulter les chirurgiens qui ont bien voulu nous accepter comme leur collaborateur ne présentaient pas, en général, un diagnostic parfaitement défini ; ou bien encore il n'était pas difficile de constater que le diagnostic dont ils étaient munis par leur médecin traitant ne correspondait pas à la multiplicité des symptômes dont ils se plaignaient. Il s'agissait de malades qui présentaient des manifestations semblant attirer l'attention sur un organe spécial, mais qui, incontestablement, étaient atteints d'un processus général. Certains de ces malades avaient déjà subi plusieurs interventions chirurgicales sans en obtenir un bénéfice définitif. Il s'agissait de certains malades qui, malgré une néphropexie ou une hystéropexie, continuaient à ressentir péniblement le délabrement de leur

abdomen. Dans d'autres cas, le terme des résultats opératoires semblant être atteint, il n'en subsistait pas moins toute une série de manifestations purement médicales, telles que les dyspepsies atoniques et l'entérocolite muco-membraneuse, dont la persistance continuait à troubler l'existence de nos malades. Il paraît, du reste, à un grand nombre de chirurgiens, que chez de semblables malades, la fureur opératoire doit avoir des limites. D'aucuns ont opiné jadis, lorsque le professeur Dieulafoy citait tant d'observations de « balafres de Chatel-Guyon ». Il nous a paru qu'il était possible et intéressant de reprendre une étude qui avait été autrefois entreprise par le professeur Tuffier et que l'un des chirurgiens qui avaient bien voulu nous accueillir, le docteur Tisserand, de Besançon, avait exhumée en collaboration avec le docteur Ledoux.

Le professeur Tuffier eut le mérite de déceler le lien pathogénique qui réunit certainement différents symptômes dont la communauté clinique et la coexistence sont incontestables. Le caractère général de toutes ces manifestations, c'est le relâchement des tissus, l'atonie viscérale, la débilité des ligaments, la ptose des organes, le rein flottant, l'entéroptose, l'atonie et la ptose gastriques, l'effondrement de la paroi abdominale, les déviations utérines, les hernies, les varices, et bien d'autres débilités tissulaires, voilà quelques-unes des manifestations d'une maladie générale qui parut certaine au professeur Tuffier et à laquelle il donna le nom de panoptose. Ainsi que les docteurs Ledoux et Tisserand, nous avons cru bon de conserver à la maladie générale que nous étudions l'appellation qui lui avait été fixée

par le professeur Tuffier, sachant bien qu'étymologiquement c'est plutôt pantoptose qu'il eût fallu dire. Mais nous n'avons rien voulu démarquer de l'œuvre du maître parisien.

---

## CHAPITRE PREMIER

### EXPLICATION DU TERME DE PANOPTOSE

---

Et d'abord, que veut dire le mot ptose viscérale ? Qu'est-ce que cette maladie des ptoses de Glénard ? Lui-même nous répond : « Anatomiquement, cette maladie est caractérisée par un abaissement des organes abdominaux, sains d'ailleurs, au-dessous de leur siège normal et dans le sens de la pesanteur, par défaut de leurs moyens de suspension dans la cavité de l'abdomen. » Tuffier nous dit aussi : « Dans cette affection, les tissus en apparence normaux cèdent sans pression physiologique et sans que rien dans le passé morbide de ces malades n'explique cette faiblesse. »

La pluralité, la généralisation de ces altérations organiques, voilà donc les caractères de cette affection qui se révèle à nous par des symptômes multiples, des allures très variables. « Il ne faudrait cependant pas croire que toutes ces maladies soient constamment associées et par conséquent au-dessus de nos moyens d'action. Il y a des insuffisances limitées à un seul organe, et tous les jours, nos interventions nous prouvent, par leur efficacité thérapeutique, le bien fondé de nos opérations.... lorsqu'elles sont judicieusement appliquées. »

C'est ainsi que parfois le malade attire son attention sur les troubles stomacaux et névropathiques et que le médecin découvre souvent un rein mobile à l'origine et comme conséquence des accidents ; témoin cette malade dont parle Tuffier (*Presse médicale*, 9 novembre 1904) : il s'agit d'une femme de vingt-trois ans qui, ayant reçu un enfant à califourchon sur la région lombaire, ressent une douleur vive et, depuis cette époque, souffre toujours ; d'abord peu intense, cette douleur s'accroît au point que les mouvements deviennent très pénibles ; « Les digestions sont difficiles, la constipation habituelle. Le ventre est plat, la base du thorax rétrécie ; les battements épigastriques sont très perceptibles ; l'estomac est dilaté. » La palpation au-dessous des fausses côtes à gauche révèle « une tumeur arrondie, lisse, ferme, mobile de bas en haut, avec douleurs dans la fosse lombaire ; il s'agit évidemment d'un rein mobile gauche, dont *les phénomènes douloureux concomitants tiennent uniquement à son déplacement.* » Citons aussi cette observation venant du même auteur (*Semaine médicale*, 1891), d'une femme qui tombe en poussant une voiture ; elle éprouve une douleur qui depuis ne cesse plus ; c'est une douleur permanente avec exacerbation, une sensation de pesanteur, de tiraillement dans le flanc droit, qui descend le long de l'uretère vers la vessie ou les membres inférieurs ; au moment des accès douloureux, elle acquiert une intensité telle, elle s'accompagne d'une fréquence si grande des mictions que la patiente est donnée comme atteinte de coliques néphrétiques. Le rein est ectopié ; la région est douloureuse à la pression, mais en dehors des accidents douloureux,

l'état de la malade est parfait ; *les divers appareils sont résistants.*

A côté de ces observations, où les phénomènes douloureux et fonctionnels apparaissent comme nettement sous la dépendance d'une cause telle que la mobilité rénale, il en est d'autres où cet accident local n'a qu'un rôle accessoire dans le complexe morbide et les complications diverses que l'on observe : « Dans l'immense majorité des cas, nous dit TUFFIER, le rein flottant n'est qu'un élément de l'entéroptose, ou mieux d'une maladie générale dont j'ai cherché à démontrer l'existence et qui serait caractérisée par une insuffisance physiologique des tissus : si cette mauvaise qualité des tissus peut être partielle, elle provoquera la lésion d'un seul organe ; mais si elle se généralise, elle constitue alors une insuffisance plus ou moins considérable des viscères et des parois splanchniques. »

Nous voilà donc loin de cette idée, qui régnait avant 1885, où l'abaissement d'organes isolés dans la cavité de l'abdomen était interprété comme un signe de maladies locales. Il existe au contraire entre les lésions une solidarité que démontre bien la simultanéité chez le même malade : « Habituellement, comme le disent les docteurs LEDOUX et TISSERAND, la gastrop-tose, la coloptose, la néphroptose, l'hépatoptose, l'entéroptose proprement dites sont constatées ensemble et simultanément. »

Ainsi, d'un groupe d'éléments isolés en apparence, on arrive à faire un tout qui se tient et réunit ces divers symptômes comme les maillons d'une chaîne ; on s'élève alors à l'idée d'une véritable maladie dominée par un

large et unique processus pathogénique. Pourquoi ne saisit-on souvent qu'une manifestation de cette diathèse étudiée ? Comment expliquer le mécanisme de cette déséquilibration ? Cela découle de la marche même de l'affection, et MONTEUUIS nous explique bien la cause déterminante, anatomo-pathologique de ces altérations organiques : sous l'influence d'une cause comme la grossesse, les attaches péritonéales cèdent et entraînent l'intestin grêle ; celui-ci tire sur le mésentère, qui aplatit le duodénum contre la colonne vertébrale ; l'intestin grêle est donc abaissé, et de plus, les aliments, gênés dans leur progression, ne passent qu'avec peine ; à son tour le gros intestin se relâche, et notamment le côlon transverse, qui entraîne le foie et l'estomac ; d'autres ptoses se produisent aussi dans les organes urinaires, génitaux.

Il est évident que cet abaissement des organes splanchniques se traduira par des symptômes morbides dont il faudra chercher la cause dans les troubles anatomiques de la statique viscérale, et on comprendra que ces tiraillements sur les viscères amènent une série de troubles dans le système digestif et retentissent de là sur l'économie entière.

La gastropbose entraîne la gastrectasie et la dyspepsie ; les aliments, séjournant plus longtemps dans un estomac et un intestin ptosés, amènent la dilatation de ces organes et augmentent les fermentations, favorisent l'intoxication.

La ptose du grêle et la coloptyose donnent l'entérite muco-membraneuse et l'entérocolite ; nos malades sont atteints de constipation avec ou sans débâcles pseudo-

diarrhéiques. Des troubles utéro-annexiels viennent, chez les femmes, se joindre à ces divers symptômes, car ce sont les femmes surtout qui paient un lourd tribut à cette maladie : douleurs ovariennes fréquentes accompagnant ou non les règles ; celles-ci, le plus souvent abondantes, accompagnées de dysménorrhée membraneuse. Il n'est pas étonnant que de tels symptômes morbides produisent, par réflexe, les troubles nerveux divers que l'on rencontre habituellement dans cette affection : le tiraillement des viscères ptosés sur le plexus solaire (le cerveau abdominal) nous explique parfaitement la multiplicité des troubles nerveux qui font de la panoptose une affection d'allure névropathique.

Ces symptômes, que nous allons étudier, ne semblent-ils pas constituer, par leur groupement, une vraie maladie générale dont la symptomatologie est dominée par un processus pathogénique général ? Et de fait, nous voyons plusieurs auteurs apporter à cette étude le même esprit avec lequel nous envisageons cette question. Qu'il nous suffise de citer ces extraits de la *Presse médicale* (17 janvier 1908), de ENRIQUEZ, dans son article intitulé : Ptose et dilatation atonique de l'estomac : « On est en droit de rappeler... que la ptose de l'estomac en clinique est rarement isolée, qu'elle s'accompagne souvent de ptoses viscérales multiples (entéroptose, néphroptose, hépatoptose....), de faiblesse de la paroi musculaire, de laxité des ligaments articulaires, etc. Ce sont là évidemment autant de manifestations d'un même trouble général, d'une dystrophie des tissus, selon la conception des professeurs BOUCHARD et DE

LEGENBRE, actionnée par une perturbation nerveuse centrale. »

LANGENHAGEN, dans son article : « L'entérocolite muco-membraneuse » de la *Semaine médicale*, 1898, ne constate-t-il pas aussi que la colopathie membraneuse a des connexions étroites avec les diverses ptoses viscérales avec lesquelles elle se trouve souvent associée.

GLENARD lui-même avait bien vu le lien qui unissait entre eux ces divers symptômes et il en avait fait les différentes manifestations d'une maladie générale, d'une affection digestive. « La maladie des ptoses est une maladie générale évoluant par périodes distinctes, comme sont distinctes les phases du processus ptosique. Elle a un traitement qui lui est spécial, c'est le traitement d'une maladie générale à début local, soit dans le foie, soit dans l'intestin. »

MONTUUIS dit aussi que dans ces diverses ptoses, l'équilibre des organes abdominaux est rompu, rupture qui entraîne des troubles assez caractéristiques pour qu'on puisse classer ces malades parmi les déséquilibrés du ventre.

Nous avons vu que les ptoses proviennent d'un relâchement des divers ligaments qui unissent entre eux les divers organes les uns aux autres et à la paroi abdominale ; l'idée s'impose d'elle-même devant ce relâchement des appareils suspenseurs des organes et de leur contenu musculo-aponévrotique : il s'agit d'une insuffisance tissulaire ; et de fait, tous les tissus de l'organisme sont frappés dans leur vitalité, leur résistance. A un examen, même superficiel, de ces malades atteints de ptoses, on constate de la flaccidité de la paroi abdomi-

nale ; les muscles droits sont écartés, les piliers aponévrotiques relâchés ; on observe souvent des hernies de faiblesse, parce que, sous la poussée causée par un effort, l'épiploon et l'intestin ptosés eux-mêmes traversent facilement les orifices distendus et mal fermés. Les muscles, striés, faibles et pâles, ne sont pas saillants sous la peau : les sphincters atoniques ont perdu leur tonicité ; l'utérus est prolabé ; enfin, chez les hommes, le relâchement du crémaster donne de la flaccidité des bourses ; le varicocèle se montre souvent ; le système musculaire lisse n'est pas mieux partagé ; c'est lui qui cause la dilatation d'estomac et l'entéroptose avec rein mobile ; par son insuffisance, il fait dilater les fibres artérielles et veineuses ; des varices, des hémorroïdes se montrent. En examinant ainsi successivement les diverses lésions que nous rencontrons chez les malades atteints de ptose, nous voyons que tous ces symptômes dépendent d'un même processus pathogénique : la débilité tissulaire.

TRASTOUR a bien observé ces phénomènes quand il dit : « Cette déchéance des tissus musculaires fibreux, vasculaires, cet effondrement des parois, des liens suspenseurs, des sphincters, m'ont souvent frappé chez les entéroptosiques. » Ce relâchement général se montre aussi, semble-t-il, au système osseux, et des auteurs ont décrit l'atonie du squelette, la laxité des ligaments unissant entre elles les diverses pièces vertébrales.

CSERI (*der Gegenwartige stand der Enteroptose Frage*, Wien, 1901) note des déviations vertébrales chez les ptosiques, la lordose, des scolioses diverses.

STILLER (*der Klinische Bedeutung der Costa decima*

*Fluctuans Med. Wosch.*, 1900) insiste sur un signe important, le signe de la dixième côte flottante, qui s'observerait dans les ptoses viscérales et traduirait l'insuffisance tissulaire.

Notre tableau serait incomplet si nous n'y joignons une autre série de troubles secondaires montrant la réaction exercée par le sympathique abdominal sur les parties éloignées de notre organisme ; toute une série de troubles nerveux se montre dans la zone circulatoire, se traduisant par des palpitations de cœur, des bouffées de chaleur, troubles vaso-moteurs divers, fausse angine ; dans la zone respiratoire, par de l'oppression, toux nerveuse, faux asthme, dyspnée ; si l'on songe que ces accidents, dans leur éclosion ou leur exacerbation, sont liés souvent à la périodicité des divers actes de la nutrition, on comprendra toute l'importance de l'étude de leurs caractères, car le médecin qui dirigerait son examen exclusivement du côté des phénomènes nerveux ne verrait pas la relation entre les symptômes neurasthéniques et les autres symptômes étudiés.

On s'aperçoit maintenant, par cette petite étude d'ensemble, comme tous ces divers phénomènes se rattachent les uns aux autres, de façon à former un ensemble, un syndrome, et ne sont que les manifestations symptomatiques d'un véritable état général, d'une entité morbide, dominés par ce processus pathogénique de la débilité tissulaire ; c'est ce que nous dit Tuffier : « Il y a bien là une maladie générale, une ptose généralisée, une panoptose, une déchéance portant sur l'ensemble des organes, caractérisée par une altération de tous les tissus. L'ensemble des accidents qui caracté-

risent cette affection, y compris l'entéroptose, dépend d'une véritable affection générale qui n'est pas classée et qui, cependant, me paraît fréquente. Elle forme une entité anatomo-pathologique et une entité clinique. Tous les tissus de l'économie semblent frappés, en même temps, d'une insuffisance de nutrition, de vitalité et de résistance.

« Ils sont en état d'infériorité physiologique. Le système musculaire lisse se laisse distendre, constituant la dilatation de l'estomac et l'entéroptose avec rein mobile ; le système musculaire à fibres striées se laisse forcer, et vous trouvez le ventre à triples saillies qu'a si bien décrit Malgaigne ; le système fibreux n'est pas mieux partagé, car il existe une insuffisance des anneaux naturels entraînant les hernies de faiblesse, pendant que la débilité des sphincters permet l'issue du rectum, et que l'atrophie du plancher pelvien laisse tomber l'utérus. Chez ces mêmes malades, le système vasculaire n'est pas plus solide et vous rencontrerez des varices, des hémorroïdes passives et indolentes, quelquefois un varicocèle. Toutes ces lésions ne sont point sous la dépendance de l'athérome ; vous les trouverez chez des gens jeunes (20 à 30 ans) et sans autre tare organique apparente. »

La panoptose est donc bien une maladie générale.

---

## CHAPITRE II

### SYMPTOMATOLOGIE

---

D'après ce que nous venons de voir, les symptômes si divers de cette maladie générale peuvent être divisés en trois catégories de faits ; les ptoses elles-mêmes avec les divers troubles qui en découlent nettement, les débilités tissulaires qui en sont la cause, les symptômes gastriques et nerveux qui les accompagnent et font souvent errer le diagnostic.

Nous ne pouvons mieux étudier cette affection qu'en prenant un exemple où nous analyserons les symptômes comme ils se présenteront à nous, avec les erreurs d'interprétation auxquelles ils peuvent prêter. Voici une malade atteinte de cette maladie des ptoses, le teint pâle et amaigri, sans qu'on puisse même dire qu'elle soit vieillie ; elle semble fatiguée et triste et répond avec lassitude aux questions qu'on lui adresse ; la nuit souvent, des palpitations de cœur la réveillent, vers trois heures du matin de préférence ; si elle se rendort après, c'est pour se lever fatiguée et plus déprimée encore, physiquement et moralement, que le soir en se couchant. Au reste, très impressionnable, tout bruit, toute contrariété augmentent sa nervosité ; elle a souvent des accès d'oppression. de faiblesse, qui peuvent

même aller jusqu'à la syncope ou seulement des vertiges, des bourdonnements d'oreilles ; il en résulte, pour elle, une grande dépression que ne font qu'accroître les désordres dans les organes digestif et génito-urinaire. Lorsqu'elle a mangé, en effet, elle est prise de mille malaises : gonflements, éructations, pesanteur ; ce sont parfois des crises douloureuses de la région stomacale qui s'accompagnent d'une vive sensibilité de la paroi ; la moindre pression entre le creux de l'estomac et l'ombilic s'accompagne de vives souffrances ; les fonctions intestinales s'accomplissent d'une façon très irrégulière ; la malade est plutôt constipée, ne va pas à la selle sans lavement et ne peut que rendre des déjections dures et peu abondantes ; parfois, de longues phases de constipation sont entrecoupées de périodes diarrhéiques où la malade expulse, souvent au prix de vives coliques, des matières séreuses, accompagnées de glaires et de sang ; c'est de l'entérocolite qui est, en effet, un des signes de l'affection que nous étudions.

Ces douleurs éprouvées ne se bornent pas à l'appareil digestif ; la malade souffre beaucoup dans la sphère génitale et l'on est tenté au premier abord de tout rapporter à l'utérus : *tota mulier in utero* ; ce sont en effet, comme symptômes, des douleurs ovariennes, faiblesse des reins, pertes blanches qui s'exagèrent encore à l'approche des règles. Si on pratique le toucher, on tombe sur une paroi vaginale flasque et en prolapsus ; le col est gros et tuméfié ; l'utérus d'ailleurs ptosé est mobile soit en flexion, soit en version ; les annexes sont indemnes, mais en réalité il n'y a pas d'affection utérine, ou

si elle existe, elle est secondaire; considérée comme une conséquence de la panoptose, et traitée comme telle, cette affection guérira.

Maintenant que nous venons d'interroger notre malade, examinons-la pour trouver les explications de ces divers troubles que nous avons constatés. A première vue, nous voyons que la région abdominale est flasque et dépressible; elle semble plutôt former un creux, et si nous mettons notre main à l'épigastre, nous arrivons à percevoir des battements qui ne sont autres que ceux de l'aorte, pour cette raison que les organes normalement interposés sont absents ou réduits de volume. Procédons à la palpation abdominale, et appliquons le procédé de glissement de Glénard, qui consiste à déprimer la paroi avec les extrémités digitales jusqu'à ce qu'elles atteignent et dépassent le segment de l'intestin à examiner. Nous arrivons à percevoir le côlon transverse tendu comme une corde, rétracté au devant de l'aorte, douloureux à la pression; appliquons chez notre malade ce procédé de glissement aux autres segments du gros intestin : à droite, nous sentons un relief, une sorte de boudin souvent peu accusé, parfois visible à l'œil nu, se déplaçant latéralement : c'est le « boudin cœcal »; l'anse sigmoïde forme un cylindre couché sur la fosse iliaque gauche, le long de l'arcade de Fallope, mesurant une longueur de huit à dix centimètres, tantôt étroit et dur, tantôt gros et noueux, rempli de scybales, dont la douleur à la pression pourrait simuler de l'ovarite. Poursuivons notre examen et voyons ce que nous donnera le coude droit du côlon : il est très difficilement explorable, caché profondément

derrière le foie; faisons effectuer une profonde inspiration pour faciliter la descente de l'organe; le rein vient se mettre sous nos doigts, rein mobile seulement sous l'influence de la respiration, donnant au malade la sensation de tumeur migratrice, accessible dans l'hypochondre, bien différent par là du rein mobile classique que l'on sent comme une boule dans le flanc. Cette constatation est intéressante, car elle va nous expliquer en grande partie les troubles utérins que nous avons observés chez notre malade.

Un fait a été mis en lumière par Thiriar, au congrès de gynécologie de Bruxelles: c'est le rein mobile comme facteur des affections utéro-annexielles; cet auteur cite des observations de malades très améliorées par la néphropexie. Lancereaux (dans le Dictionnaire encyclopédique) rapporte aussi que les nombreux cas de déplacement du rein s'accompagnent d'ovarites; l'ectopie rénale commence et provoque des troubles génitaux. On se rend compte de cette chronologie par l'interrogatoire de la malade, et d'ailleurs la néphropexie guérit certaines de ces affections, et puis on comprend bien que ces déplacements du rein provoquent une congestion dans l'appareil génital de la femme et des troubles nerveux, par suite des anastomoses du plexus ovarique avec le plexus rénal.

Continuons notre étude; appliquons, pour l'examen du foie et de la rate, le procédé du pouce de Glénard, qui consiste à chercher le bord inférieur et la crête du bord de ces organes avec la pulpe de ce doigt, et nous constaterons chez notre malade un abaissement de ces organes en inspiration, organes que nous sentons non

déformés, non hypertrophiés, puisque leur bord est normal et souple, mais organes abaissés, ptosés. Nous constaterons enfin chez notre malade de l'abaissement de l'estomac, soit qu'on puisse faire ce diagnostic indirectement par la constatation de la ptose de l'intestin et du foie reliés à l'estomac par des ligaments, soit qu'on puisse l'établir par des signes directs; la perception de reliefs au devant de la colonne vertébrale (pancréas, bord inférieur de l'estomac...), bruit de gargouillement provoqué par la pression glissée, abaissement de la petite courbure de l'estomac par insufflation de l'organe.

De tous ces symptômes que nous notons chez notre malade, ne se dégage-t-il pas une idée de prolapsus des organes? Cette notion sera confirmée par l'épreuve de la sangle : exerçons avec nos mains, comme le ferait une ceinture, une pression sur l'hypogastre de bas en haut, la malade se sent plus forte et respire mieux, bref, éprouve un grand soulagement; si on lui enlève la ceinture, au contraire, elle éprouvera comme avant la sensation de faiblesse, de tiraillement, elle aura bien l'impression de délabrement abdominal, de manque de soutien des viscères.

Voici donc bien constatés chez notre malade tous les caractères de ptoses; l'examen vient de nous révéler comme signe l'entéroptose avec le cordon sigmoïdal, la corde colique, le rein mobile de l'hypocondre, la splénoptose, la métroptose, la gastroptose avec gargouillement et dilatation.

Ainsi, comme le dit Glénard, nous voyons dégagés et abstraits du syndrome deux groupes de caractères liés

entre eux, le groupe objectif, les caractères de ptose, le groupe subjectif, caractères de faiblesse générale et locale résultant de cette ptose, de cette diminution de tension abdominale, de ce défaut de soutien des viscères.

Celui-ci est dû, nous l'avons déjà vu, à un relâchement des ligaments suspenseurs, à une débilité tissulaire de tout l'organisme. Les muscles abdominaux relâchés et distendus permettent, nous le savons, à la main qui pénètre entre eux d'arriver jusqu'à la colonne vertébrale. Si on fait contracter les muscles de l'abdomen en faisant passer la malade de la position couchée à la position assise, on voit que le ventre devient trilobé au lieu de s'arrondir; les muscles droits sont encore en tension, mais dans les flancs la sangle des muscles larges bombe en dehors sans résistance, car la main peut sans peine déprimer la paroi et pénétrer dans les fosses iliaques; les orifices herniaires élargis laissent passer l'intestin et l'épiploon constituant de vraies hernies de faiblesse; les piliers aponévrotiques sont en effet distendus et toute cure radicale de hernie n'apporte qu'un résultat précaire, parce que la paroi manque d'étoffe pour maintenir les viscères; les muscles abdominaux en particulier sont faibles et ne forment pas une solide barrière à la graisse sous-péritonéale.

Les muscles en général sont grêles et ne saillent pas sous la peau. Si on les examine au microscope, on constate leur manque de striation correspondante au peu de force qu'ils peuvent développer. Le système vasculaire est frappé d'insuffisance, la pression artérielle est faible; les veines perdent leur élasticité, on note souvent

des varices bilatérales, indolentes, se montrant chez des personnes jeunes, qui ne présentent aucun signe cliniquement appréciable d'athérome (Schwartz). Chez les hommes, l'atonie du crémaster donne souvent de la flaccidité du scrotum (Bouchard et Tapret avaient noté ce symptôme chez les dilatés de l'estomac). — Il existe ainsi un varicocèle tout spécial dû simplement à une résistance insuffisante de la peau... en opposition avec la variété veineuse, variqueuse de cette affection (Tuffier). — Le pied plat est parfois observé (Reynier). — Le système osseux aussi, comme nous l'avons vu plus haut, participe à cet état d'atonie. Il n'est pas jusqu'au système nerveux qui ne témoigne d'une nutrition imparfaite, et cela sans cause appréciable. On constate souvent de l'anesthésie pharyngée accompagnée des troubles de la série neurasthénique. C'est là un symptôme constant, comme le note Tuffier, qui peut aller de l'anesthésie pharyngée avec rétrécissement du champ visuel jusqu'à la grande hystérie.

Cet examen méthodique de notre malade nous montre que les symptômes morbides étudiés dépendent les uns des autres, sont entre eux en relation intime, dominés par cette idée générale de débilité tissulaire.

A maladie générale correspond donc souvent une symptomatologie générale.

---

## CHAPITRE III

### PATHOGÉNIE

---

Nous venons d'étudier tout un ensemble de symptômes dont le groupement habituel chez le même malade nous a permis de conclure, avec le docteur Tuffier, qu'il s'agissait vraisemblablement d'une maladie générale.

En présence de cette affection, et avant d'entreprendre une thérapeutique, il s'agit de résoudre le problème de son explication pathogénique.

Depuis longtemps, de nombreuses théories ont été proposées pour expliquer le processus intéressant de cette maladie générale de la panoptose. Avant d'émettre à ce sujet l'opinion qui nous paraît le plus en rapport avec les faits et surtout qui nous semble confirmée par les essais thérapeutiques que nous avons pu personnellement contrôler, nous pensons qu'il est nécessaire de passer en revue les différentes explications pathogéniques qui ont été proposées. Sans nier qu'une part de vérité repose dans les différentes théories des auteurs qui se sont occupés des ptoses viscérales, nous nous permettrons d'en faire une revue critique, estimant qu'elles ne sont peut-être pas définitivement satisfaisantes. Ni la théorie congénitale, ni le nervosisme — expression absolument vague et confuse — ni l'hépatisme de M. Glé-

nard, ni la doctrine de l'infection ne nous ont paru devoir nous satisfaire toujours et dans tous les cas.

Il s'agira, ensuite, d'émettre une théorie pathogénique plus en rapport avec les faits. Nous formulerons donc, à la fin de ce chapitre, un essai de pathogénie.

\* \* \*

Essayons cependant de démêler les théories si diverses de la panoptose ; certaines, d'ailleurs, sont trop connues pour qu'on les passe sous silence.

Signalons d'abord une cause de la panoptose admise par quelques auteurs, l'hérédité. Ewald, Faure, Tuffier, Albarran, Stiller, Cseri, admettent en effet une variété de ptose caractérisée par une faiblesse congénitale des organes de la nutrition et du système nerveux, une faiblesse héréditaire des moyens de suspension des viscères et des tissus. Nous connaissons le signe de Stiller, consistant en une mobilité anormale de la dixième côte ; pour cet auteur, ce signe viendrait d'une insuffisance ligamentaire et se trouverait d'ailleurs chez des sujets où l'on constaterait d'autres signes de débilité, comme la faiblesse des muscles thoraciques, l'écartement costal, la gracilité du squelette. La lordose, signe constaté par Cseri, serait une défectuosité congénitale amenant des troubles dans la statique viscérale par suite du mauvais équilibre des organes abdominaux. — Il est très possible qu'il existe en effet une prédisposition congénitale à la panoptose et que cette tare héréditaire ou antérieurement acquise vienne s'ajouter à une tare acquise (Monteuuis).

Un grand nombre d'auteurs ont essayé d'expliquer la

pathogénie des ptoses par le nervosisme, par des troubles de l'appareil nerveux, qu'ils soient de cause locale ou d'ordre général. Nous avons vu, tout à l'heure, l'opinion de Thiriar, de Bruxelles, et de Lancereaux montrant les rapports entre la néphroptose et les troubles utéro-annexiels, le rein déplacé amenant une irritation du plexus ovarique anostomosé avec le plexus rénal. Mathieu admet de même un tiraillement sur les nerfs du plexus abdominal, produisant une vraie névrose. Pour certains, les ptoses généralisées amèneraient par réflexe une stase intestinale déterminant une hypersécrétion de la muqueuse et excitant les glandes; d'autres, au contraire, rapportent les troubles entéritiques, les ptoses et dyspepsies qu'elles provoquent, à des troubles nerveux d'ordre général, qu'ils soient héréditaires ou acquis. Des causes comme le tabès, le goitre exophtalmique, la paralysie générale, ou simplement des névroses moins caractérisées, comme la neurasthénie, l'hystérie, provoqueraient soudain des douleurs, des excrétions muco-membraneuses. Lyon considère la panoptose comme le trouble trophique par excellence, secondaire à la colite et pouvant survenir chez des sujets névropathiques à la suite d'une cause cérébrale ou générale, neurasthénie, hystérie, choc nerveux; ou d'une cause locale, appendicite, hémorroïdes, compression ou tiraillements par des organes ptosés, réflexes partis des organes génitaux ou abdominaux, lithiase biliaire....

Certes, l'importance des phénomènes nerveux est compréhensible, et on s'explique bien que l'irritation constante du plexus solaire par des organes ptosés produise les phénomènes entériques et nerveux multiples que

nous observons dans la panoptose. Le nervosisme paraît donc plutôt être un effet qu'une cause ; sans doute le terrain névropathique des malades peut intervenir pour augmenter et aggraver les troubles réflexes qu'ils éprouvent. Tuffier nous montre cette importance du terrain névropathique comme facteur pathogénique de ces accidents douloureux et réflexes, lorsqu'il dit, dans son article : « De la douleur dans le rein mobile » (*Presse médicale*, 1904) : « Il ne faut pas oublier qu'une grande partie des malades qui les accusent (douleurs) sont particulièrement impressionnables, sensibles à l'excès ; leur système nerveux général, comme leur système nerveux local, les rapprochent des neurasthéniques, s'ils ne les classent parmi cette variété de malades. Et je ne saurais trop vous répéter que cette neurasthénie est primitive ; elle précède les accidents douloureux dus à la mobilité rénale ; elle accompagne l'anesthésie pharyngienne et le rétrécissement du champ visuel, qui sont des stigmates bien indépendants de la mobilité rénale. »

La tare névropathique constitue donc un facteur important dans la pathogénie des troubles douloureux des ptoses ; mais ce n'est là, semble-t-il, qu'une cause prédisposante, et nous admettons d'autant plus cette manière de voir que la panoptose s'installe souvent chez bien des malades indemnes de tout nervosisme.

Souvent des causes banales en apparence peuvent expliquer la panoptose ; ce sont toutes les maladies amenant un affaiblissement général des tissus : la fièvre typhoïde, la chlorose, l'anémie ; d'autres fois, l'excès alimentaire, la constipation qui déforme et déplace les organes abdominaux. Potain montre que le déplace-

ment du rein est précédé de troubles congestifs du côté du foie, avec ou sans ictère; l'augmentation du volume de cet organe amène un abaissement progressif du rein, si bien qu'après le retour du foie à son état normal, celui-ci demeure mobile.

GLÉNARD, en tous cas, admet l'influence constante des lésions hépatiques sur le mécanisme des ptoses viscérales; c'est la doctrine de l'hépatisme de Glénard : un trouble fonctionnel du foie entretient un trouble de nutrition se traduisant par des ptoses; d'autre part, dans ce tube digestif malade et ptosé où la stagnation des aliments favorise la fermentation, l'absence du rôle nutritif, anti-fermentescible et antitoxique du foie ne peut qu'exagérer et aggraver la maladie. Sans doute la panoptose évolue, la plupart du temps, chez les femmes ayant eu la grossesse : ce seraient des entéroptoses primitives, comme les appelle Glénard, semblant agir par traumatismes, soit qu'il s'agisse de complications infectieuses pendant la grossesse, ou d'une vraie dislocation par des compressions brusques, soit que cette panoptose évolue à la suite d'un trouble de nutrition développé pendant la grossesse. Mais si on trouve à l'origine de cette panoptose la grossesse ou le traumatisme, il ne faut pas conclure hâtivement à une entéroptose primitive : « il faut encore vérifier s'il n'y a pas de prédispositions hépatiques antérieures ; si l'entéroptose puerpérale est dans ce cas le fait d'une dislocation traumatique pendant l'accouchement (entéroptose primitive, traumatique) ou bien le fait de la perturbation du foie causée par la grossesse (hépatisme « gravidique », entéroptose secondaire gravidique), ou bien d'une fièvre puerpérale

(hépatisme infectieux, entéroptose secondaire infectieuse) ; » pour Glénard, donc, la panoptose peut être primitive, traumatique, mais la plupart du temps causée par un trouble fonctionnel souvent méconnu dans la fonction hépatique.

A côté de ces théories qui cherchent à expliquer les ptoses viscérales par une cause générale comme l'hérédité, le nervosisme, l'hépatisme (Glénard), d'autres auteurs, ayant été frappés par un symptôme particulier du syndrome, ont tenté d'édifier une pathogénie sur ce point particulier. L'entérocólite, notamment, est un signe fréquent de notre affection et a été prise comme une cause à la fois prédisposante et déterminante de la panoptose. Combe tente de l'expliquer par l'infection, plus évidente chez l'enfant que chez l'adulte, où elle est masquée par des causes secondaires. A l'appui de sa théorie, Combe cite une observation où un thermomètre, placé dans le rectum de cinq enfants, détermina chez eux une entérite par propagation du streptocoque ; le spasme pour lui serait un signe de cette inflammation, donnant à l'intestin une sensation de corde rigide ; les divers symptômes accessoires, comme les migraines, l'amaigrissement, le ptyalisme, seraient dus à une intoxication par des produits résorbés au niveau de l'intestin malade.

On a souvent invoqué comme cause des ptoses l'abus du corset. Bouveret fait du corset « la cause la plus commune et la plus efficace de l'entéroptose. » L'estomac tend à prendre sous son action constrictive une forme cylindroïde, se place dans le sens vertical en abaissant le pylore.

« De cet abaissement résulte un obstacle au passage de la masse alimentaire du pylore dans le duodénum ; de là, l'exagération du péristaltisme stomacal, qui devient douloureux quelques heures après les repas ; de là aussi, la dilatation de l'estomac et l'entéroptose consécutives » (Bouveret, *Neurasthénie*). L'action néfaste des corsets s'exerce aussi sur la paroi abdominale, dont elle amène le relâchement, la flaccidité par constriction exagérée. L'amaigrissement causé par le corset est bien une cause de l'entéroptose, par le manque de soutien que les muscles abdominaux apportent aux organes splanchniques ; « faute de tension suffisante, de résistance des muscles abdominaux, les rapports entre les viscères ne se conservent pas, et, sous l'influence de causes occasionnelles, telles que la toux, les vomissements..., il survient des changements graves dans la statique abdominale. » Ces deux causes, faiblesse de la paroi, action néfaste du corset, passent souvent inaperçues ; elles exercent leur influence surtout dans la grossesse. L'accouchement amène, en effet, la dislocation de la paroi abdominale, un affaiblissement du plancher pelvien, qui ne forme plus qu'un soutien incomplet, une décompression brusque amenant un grand déséquilibre intra-abdominal.... Pour Glénard, il intervient encore un autre élément, « le décollement du péritoine prélobaire par l'utérus en gestation, décollement qui amène la néphroptose, si souvent liée à l'entéroptose chez les accouchées. »

Les affections utérines sont aussi une cause fréquente de ptose ; il est certain que les femmes panoptosées, atteintes de métrite, leucorrhée, déviation utérine,

étaient considérées comme des ulérines, et traitées par des moyens locaux comme hystéropexie, curettage, sans éprouver de grand soulagement.

Considérées comme des panoptosiques, ces femmes sont soulagées. Les maladies infectieuses, soit par un trouble de nutrition du foie, soit par des adhérences causées par des péritonites partielles consécutives à de l'infection péricolécystique, peuvent amener des dislocations dans la région sous-hépatique. On a tenté aussi d'expliquer les ptoses par l'insuffisance biliaire, pancréatique....

Comme on voit, nombreuses sont les théories qui essaient d'expliquer la pathogénie des ptoses ; toutes semblent contenir une part de vérité, mais elles ne satisfont pas complètement l'esprit, parce qu'elles donnent une explication insuffisante ou incomplète ; à maladie générale il faut une pathogénie générale.

### **Essai d'une pathogénie**

Appuyons-nous sur l'observation des faits ; une chose nous frappe : c'est que la panoptose évolue surtout dans le sexe féminin et affecte une prédilection marquée pour les femmes après leur grossesse ; c'est souvent, en effet, après la gestation, que s'installe insidieusement le processus ptosique.

La maladie constituée persiste ensuite sans grande amélioration jusqu'à la grossesse suivante, où on voit s'atténuer les symptômes de l'affection ; ce mieux-être se produit en général vers le premier et le deuxième mois de la gestation et persiste pendant tout le temps de la

grossesse ; les troubles gastriques, nerveux disparaissent, la malade se sent soulagée, reprend des forces, revit en bonne santé ; ce bien-être, malheureusement, n'est que transitoire et est suivi d'une recrudescence de la maladie.

Quelle peut être l'explication de ce phénomène ?

MAILLARD (*Revue médicale de la Suisse romande*, avril 1900), QUESNAUD, MONIN, MAZLAMOV ont discuté l'interprétation de ce fait qu'ils ont expliqué par une modification de la tension abdominale ; l'utérus, en se développant, forme une sorte de globe qui, en s'élevant dans l'abdomen, forme un tampon, une pelote qui soulève et soutient les viscères ptosés. GLÉNARD l'attribue à une modification de la fonction hépatique pendant la grossesse, et, par son intermédiaire, à un trouble de l'estomac et de l'intestin.

D'autres symptômes, cependant, qui existent dans certaines circonstances pathologiques, sont améliorés pendant la grossesse : ce sont des symptômes décrits par HERTOEGHE, classés comme des manifestations de l'hypothyroïdie, revus et étudiés par LÉOPOLD LÉVY et HENRI DE ROTHSCHILD : *Études sur la physio-pathologie du corps thyroïde et de l'hypophyse*, Doin, 1908.

*Nouvelles études sur la physio-pathologie du corps thyroïde et des autres glandes endocrines*. Doin, 1911.

Ces manifestations de l'hypothyroïdie bénigne d'Hertoghe se résument en une série de petits signes ; ce sont les œdèmes transitoires, les troubles de calorification (hypothermie sous toutes ses formes), la constipation, la fatigue, l'anorexie, la céphalée, les douleurs musculaires et articulaires, la somnolence.... Ces signes ont

été discutés, et MARFAN en conteste la valeur; on peut, cependant, les rattacher à l'insuffisance thyroïdienne, si l'on considère que ces signes se retrouvent dans le myxœdème et dans les faits expérimentaux d'ablation du corps thyroïde; d'autre part, et c'est la preuve la plus convaincante, ces symptômes sont atténués et disparaissent par le traitement thyroïdien. L. LÉVY et H. DE ROTHSCHILD citent, à l'appui de cette thèse, des observations où des malades, atteints de symptômes d'hypothyroïdie bénigne, sont améliorés par l'ingestion de poudre thyroïdienne. Un fait intéressant est de voir aussi ces troubles céder souvent chez la femme pendant la grossesse. La migraine, notamment (ROTHSCHILD l'a bien noté), disparaît complètement dans la gestation. « On sait, en effet, dit-il, d'après les travaux de Freund et de Lange, que le corps thyroïde subit, du fait de la grossesse, une suractivité fonctionnelle, et on ne peut admettre que cet hyperfonctionnement réalise une sorte d'autothérapie thyroïdienne de la migraine. » Cette autothérapie de la grossesse s'observe aussi dans l'asthme, le rhumatisme chronique, le myxœdème fruste.... (Enriquez). L'hypothyroïdie se trouve donc bien de la grossesse.

Le bien-être que nos panoptosiques éprouvent du fait de la grossesse ne serait-il dû justement à une sorte d'autothérapie thyroïdienne et n'y aurait-il pas une correspondance exacte entre l'affection que nous étudions et le syndrome hypothyroïdien d'Hertoghe? De fait, comme le disent les docteurs Tisserand et Ledoux :

« Il est frappant de constater qu'en recherchant chez nos malades tous les stigmates de l'hypothyroïdie, si

bien décrits par Hertoghe et complétés par Léopold Lévy et H. de Rothschild, on acquiert bientôt la conviction que la *panoptose évolue souvent, pour ne pas dire toujours, sur un fond d'hypothyroïdie*. La constipation, la frilosité, les algies diverses, les œdèmes transitoires, les règles abondantes, la tendance aux hémorragies, le signe du sourcil, la chute des cheveux, la fatigue et l'atonie, les angines à répétition, la carie dentaire, la migraine, appartiennent aussi bien au syndrome d'Hertoghe qu'au syndrome que nous étudions aujourd'hui. »

Nous savons, d'autre part, que l'entérocolite muco-membraneuse est une manifestation importante de la panoptose. Tremolières (*L'entérocolite muco-membraneuse*. — Th. Paris, 1906) montre les rapports étroits qui existent entre les lésions du corps thyroïde et la colopathie membraneuse. Cette dystrophie thyroïdienne est héréditaire ou acquise, et le fait peut être vérifié par la clinique et l'expérimentation : « l'entérocolite est, pour cet auteur, une réaction banale de l'intestin, préparée par un trouble trophique d'origine glandulaire et particulièrement thyroïdienne. »

La constipation, que nous savons si fréquente dans notre affection, est souvent attribuée, par H. de Rothschild, à l'hypothyroïdie ; elle existe d'ailleurs dans le myxœdème et est améliorée par la thyroïdine ; on la reconnaît à son caractère habituel, dureté des matières, rareté des évacuations, avec çà et là des pertes séreuses mêlées de mucosités et de sang.

Ces théories ont d'ailleurs leur confirmation dans l'application chez les panoptosiques du traitement thyroïdien qui donne souvent d'heureux résultats ; la cons-

tipation et les mucosités intestinales cèdent, la leucorrhée diminue, la malade se sent revivre; puis disparaissent peu à peu les signes dépendant plus directement de l'hypothyroïdie, tels que migraine, courbature, frilosité, chute de cheveux, etc.... Nous arrivons donc tout naturellement à cette conclusion que *la panoptose évolue sur un terrain hypothyroïdien.*

\* \* \*

Cependant, le rôle du corps thyroïde est complexe et il s'agirait de savoir quelle est la fonction qui serait altérée chez les panoptosiques; il s'agit sans doute d'un trouble de dénutrition consistant en une déminéralisation de l'organisme. Un fait certain a été mis en lumière par Lœper et Béchamp : c'est la déperdition calcaire dans l'entérocolite. Ces deux auteurs ont étudié plusieurs cas d'entérite, en dosant la quantité de chaux absorbée et la quantité éliminée; souvent cette dernière dépasse notablement la quantité ingérée avec les aliments, phénomène ayant pour conséquence une diminution de sels calcaires du sang et des tissus. Bien des maladies générales, comme la tuberculose, le rachitisme, le diabète (Hudde, 1909), s'accompagnent aussi de pertes de chaux souvent considérables venant d'un trouble de nutrition générale et non d'une lésion du tube intestinal.

Déperdition calcaire et hypothyroïdie, cela va-t-il ensemble? Sylvestri et Tosotti, dans des analyses précises, ont observé que le corps thyroïde exerçait une influence sur le métabolisme du calcium, une sorte de régulation de la fonction calcique. D'ailleurs, dans cer-

taines dermatoses (eczéma, urticaire), par exemple, l'action du corps thyroïde s'exerce parallèlement avec celle du calcium. Parrhon et Papinian ont insisté sur le rôle important du corps thyroïde dans l'assimilation de la chaux, le développement incomplet ou l'extirpation de cet organe produisant une défectuosité dans cette assimilation et un retard dans le développement du squelette ; inversement, le traitement thyroïdien donne un accroissement du système osseux. Frouin a montré que les animaux thyroparathyroïdectomisés sont à l'abri des accidents myxœdémateux lorsqu'ils sont soumis au traitement par les sels de chaux. Gauthier expliquerait par la fixation osseuse de la chaux l'action adjuvante du traitement thyroïdien sur la consolidation des fractures ; la thyroïdine agirait de même contre les hémorragies, et notamment les métrorragies, si fréquentes dans l'hypothyroïdie, en favorisant la coagulabilité du sang. « Dans cette conception, comme le disent Lévy et Rothschild, la constipation ne serait, comme le défaut de taille, le retard de consolidation des fractures, la tendance hémorragique qui font partie du tempérament hypothyroïdien, qu'une manifestation des viciations du métabolisme du calcium. » Tous les exemples cités nous montrent donc bien que le trouble thyroïdien de la panoptose est dû à un trouble de la fonction calcifiante du corps thyroïde.

Nous pouvons invoquer de nouveaux arguments à l'appui de notre théorie ; nous savons que la grossesse améliore nos panoptosiques, amélioration passagère, puisque nos malades reprennent leurs troubles après la gestation. Bar et Dumay ont étudié le métabolisme de la

chaux chez l'animal à l'état de grossesse; leurs recherches tendent à montrer chez lui une déperdition de chaux.

Si ces déperditions calcaires s'accompagnent cependant chez la femme enceinte d'améliorations dans les différentes fonctions de l'organisme, cela provient, ainsi que Bar l'a montré, d'une meilleure utilisation de la chaux par la femme enceinte; celle-ci puise, dans ses réserves, cette chaux qui lui est utile et qui reste, pendant un certain temps, dans le sang; le sang de la femme enceinte contient, en effet, plus de sels calcaires que la femme non gravide. Finalement, après la gestation, la femme qui a utilisé au maximum ses réserves organiques se trouve appauvrie en sels calcaires.

---

## CHAPITRE IV

### TRAITEMENT

---

Toutes les considérations que nous venons d'émettre dans notre thèse, nous pouvons nous en inspirer pour appliquer à nos malades un traitement efficace ; et nous verrons, dans le succès de notre thérapeutique, un nouvel argument en faveur de notre théorie de l'insuffisance thyroïdienne de la panoptose.

Nous commençons habituellement par ordonner à nos malades le traitement recalcifiant. Quoi qu'on en ait dit, il nous paraît que les cachets de Ferrier constituent un traitement efficace et que l'assimilation du carbonate de chaux, du phosphate tribasique et de la magnésie soit suffisante ; car le mieux-être obtenu rapidement par nos malades est incontestable. Les spécialités pharmaceutiques issues de la théorie recalcifiente de Ferrier sont aujourd'hui assez nombreuses pour que le choix soit large lorsqu'il s'agit d'ordonner au panoptosique une médication calcique.

Nous n'exagérons vraiment pas lorsque nous affirmons qu'un grand nombre de nos malades nous déclarent bientôt qu'elles ne peuvent plus se passer de leur traitement recalcifiant. Nos malades sont pour ainsi dire toujours des hypotendues ; la recalcification n'a donc aucun

inconvenient. Elle a même l'avantage de régulariser le fonctionnement intestinal. Depuis peu, nous administrons à nos malades, en même temps que de la chaux, quelques gouttes d'adrénaline, dont l'action de fixation calcique est aujourd'hui admise. Mais nous appliquons ce traitement combiné à nos panoptosiques depuis trop peu de temps pour que nous nous déclarions en droit d'en fournir des conclusions définitives.

Lorsque le traitement recalcifiant semble agir trop lentement, lorsque surtout les signes de l'hypothyroïdie nous paraissent si nets que le doute n'est point permis sur la concomitance des ptoses et du déficit thyroïdien, nous administrons des cachets thyroïdiens. Nous commençons par des doses très faibles, 0,025 de poudre thyroïdienne totale, pour aller jusqu'à 0,05 et même 0,10 par jour. Nous dépassons rarement cette dose ; elle est suffisante.

Bien entendu, le traitement thyroïdien ne remplace pas un rein ptosé, ne redresse pas une rétroversion ; mais tout ce qui, dans la symptomatologie de la panoptose, est subjectif, disparaît rapidement. Bien plus, l'entérocolite s'améliore et se guérit, les tissus reprennent une vigueur certaine, l'état général est remonté, la leucorrhée se tarit. Il nous paraît, en un mot, certain que le traitement thyroïdien est le traitement étiologique par excellence de la panoptose.

Encore une fois, nous n'avons pas la prétention ridicule de guérir les ptoses par la poudre thyroïdienne. Les ligaments distendus restent distendus et les ptoses persistent. S'il s'agit de guérir la ptose constituée, on pense immédiatement que le traitement chirurgical doive

être appliqué : à ce sujet, nous nous permettrons d'émettre quelques considérations qui ont leur intérêt.

Nous voulons dire, en tous cas, qu'à elle seule la chirurgie ne constitue souvent qu'un traitement décevant, illusoire, des ptoses. Elle n'est même pas toujours, il s'en faut, une thérapeutique palliative, encourageante, des nombreuses manifestations de la maladie générale qui nous intéresse.

Tel chirurgien, n'entrevoyant qu'un côté de l'affection, dirige tous ses efforts du côté des lésions génitales et impose à sa malade les nombreuses interventions allant depuis les simples attouchements et cautérisations du col, jusqu'à l'hystérectomie, en passant par le curettage, les périnéorraphies, les hystéropexies les plus ingénieuses. Tel autre, envisageant surtout les troubles observés du côté du tube digestif, rapporte le tout à l'appendicite chronique et dirige tous ses efforts du côté de la région iléo-cœcale (appendicectomie, cœcoplexie). Enfin, d'autres essaient de remettre en place les reins ptosés, les foies abaissés. Et en somme, quels sont les résultats donnés par ces diverses interventions ? Il faut bien en convenir, hélas ! ces résultats ont la plupart du temps été sinon radicalement nuls, du moins bien transitoires. En effet, après une période de bien-être relatif, facilement compréhensible d'ailleurs par la longue période de repos postopératoire imposée à ces malades, ces dernières ne tardent pas à éprouver à nouveau tous les symptômes pénibles observés autrefois. Les observations que nous donnons plus loin sont des exemples frappants à l'appui de ce que nous avançons. Et quel est le chirurgien qui, dans sa carrière, n'en a

pas observé de semblables ? C'est, en effet, un cas très fréquent que le suivant : une malade arrive chez un chirurgien, se plaignant des troubles les plus divers et venant demander les secours d'un art auquel elle n'a pas encore recouru. Si le chirurgien cède à ce moment à la tentation de remettre en place un organe qui lui semble en situation anormale, il ne tarde pas à voir cette pauvre malade revenir, se plaignant de n'avoir retiré de cette opération qu'un bénéfice bien infime et à coup sûr très passager. Souvent cette malade, croyant avoir fait fausse route, va s'adresser ailleurs, et c'est alors qu'une nouvelle opération lui est proposée comme devant être plus radicale et certainement plus indiquée. L'observation numéro 2, que nous publions plus loin, n'a-t-elle pas trait à une pauvre panoptosique qui, après sa cinquième opération, est aussi malade et souffre autant qu'avant....

Est-ce à dire pour autant qu'aucune opération ne pourra jamais et en aucun cas être pratiquée dans la panoptose ? Assurément non, et jamais il ne nous viendrait à l'idée d'ériger en principe une affirmation aussi absolue. Il est bien certain qu'en présence d'un prolapsus utérin très prononcé, gênant considérablement une malade, qu'en présence d'un rein abaissé et hydronéphrotique, par exemple, non seulement le chirurgien sera autorisé à pratiquer une intervention, mais que ce sera même là pour lui le seul moyen de venir un peu en aide à ces malades. Ce que nous voulons dire, c'est que d'une façon générale les interventions chirurgicales chez les panoptosiques ne sont que rarement indiquées et en tous cas ne doivent s'adresser qu'à des déforma-

tions très prononcées et très gênantes. D'autre part, il faut que le chirurgien, — et aussi la malade — soient bien prévenus que de telles opérations sont loin de donner des résultats aussi brillants et aussi permanents que chez les malades dont la vitalité tissulaire n'est pas compromise : les interventions les plus correctement conduites donnent de mauvais résultats lorsqu'elles sont effectuées sur des tissus dont la vie est pour ainsi dire ralentie et dont la composition intime est, à notre avis, considérablement modifiée. Quoi qu'il en soit, lorsque le chirurgien sera, pour des raisons sérieuses, amené à intervenir chez une panoptosique, il devra apporter tout son soin au traitement préopératoire et surtout postopératoire. Ce traitement, nous le rappelons en deux mots, consistera dans une recalcification méthodique de l'organisme, facilitée par une médication thyroïdienne prudente et bien surveillée.

---

## OBSERVATIONS PERSONNELLES

Recueillies en collaboration des docteurs Ledoux et Tisserand

---

### PREMIÈRE OBSERVATION

M<sup>me</sup> Mi....., vingt-sept ans.

Elle était autrefois bien portante, quoique dans son enfance elle ait été sujette aux angines. Elle présente un facies adénoïdien, avec léger prognathisme inférieur. Elle est jumelle ; sa sœur est bien portante. Elle a un enfant bien portant, venu à terme. Pendant sa grossesse, elle s'est bien portée ; cependant, pendant les trois premiers mois, elle a eu des nausées et quelques douleurs dans les jambes. Elle a toujours été très abondamment réglée et toujours régulièrement. Depuis quelque temps, elle est tombée dans un grand état de faiblesse. Elle ressent toute une série de malaises qui s'accroissent pendant ses époques. Elle a maigri.

Elle est constipée d'une façon modérée et présente des signes d'entérocolite membraneuse. Elle accuse des pertes blanches abondantes, avec un peu de rétroversion. Elle est perpétuellement fatiguée, surtout le matin. Depuis le dernier hiver, elle est devenue très frileuse. Elle a un perpétuel besoin de sommeil. Elle a moins d'activité intellectuelle ; sa mémoire a baissé. Depuis quelque temps, elle a presque toujours de la céphalée.

Son appétit a disparu. Elle a toujours eu des dents détestables, mal plantées et atteintes de carie. Elle perd ses cheveux d'une façon considérable. Elle souffre de douleurs articulaires et musculaires généralisées, et de légers troubles dyspeptiques. Elle n'a pas d'œdème ni des pieds ni de la face. Léger état variqueux; elle présente de l'agénésie pileaire de la queue du sourcil. Pression artérielle = 12 1/2 au Pachon. Pouls de 80 à 90.

*Examen.* — Le ventre est sans résistance, la paroi abdominale flasque. Diastasis des muscles droits de l'abdomen. Estomac légèrement ptosé et clapotant quelques heures après les repas; l'intestin est ptosé, on sent nettement la corde colique. Très grosse ptose du rein droit.

Avant le traitement, poids : 58 kilos 100.

*Traitement.* — Cachets de Ferrier et sangle de Glénard.

Un mois après, la malade va beaucoup mieux, les signes subjectifs sont très amendés.

Elle est mise au traitement thyroïdien : deux cachets de poudre thyroïdienne de 0,10 par jour. Le traitement est surveillé; on prend le pouls régulièrement.

Après avoir pris vingt-quatre cachets, la malade accuse : pas de changement pour l'activité des cheveux; elle est toujours constipée modérément, mais elle n'a plus vu de peaux ni de glaires dans ses selles. Elle est infiniment moins frileuse. Elle a dû « enlever ses vêtements de dessous », quoique la température extérieure ne se soit pas sensiblement réchauffée. Elle est infiniment moins fatiguée. Elle a très rarement mal à la tête. Elle a beaucoup moins de douleurs. Son appétit est

meilleur ; c'est ce qui frappe le plus la malade. Le poulx n'a pas varié. Elle n'a pas eu de bouffées de chaleur. Son moral est bien meilleur. Cependant elle a un peu maigri : 57 kilos 500.

Nouvelle série de vingt-quatre cachets.

Tous les symptômes s'améliorent encore. M<sup>me</sup> M... reprend la vie ordinaire des femmes de sa condition sociale, mais elle a perdu encore 500 grammes.

A partir de ce moment, elle s'entretient dans un état de santé très satisfaisant, en prenant de temps en temps une série de cachets de Ferrier.

## DEUXIÈME OBSERVATION

M<sup>me</sup> Marie André, quarante et un ans, domiciliée à Besançon, sans profession, entrée le 15 octobre 1912 à l'hôpital.

A. H. — Père vivant en bonne santé, soixante-dix-huit ans. Mère morte de maladie de cœur. Cinq sœurs mortes en bas âge. Le mari, peintre de profession, a un eczéma.

A. P. — Réglée à l'âge de douze ans, se marie à dix-sept ans. A dix-huit ans, elle met au monde un fils qui meurt à deux mois, à la suite d'une méningite. Un an après, elle a une fille, suivie d'un garçon l'année suivante. Trois mois après, la malade fait une fausse couche, à la suite de laquelle elle a, pendant six mois, des pertes blanches mélangées de sang. La malade va trouver le docteur Heitz, qui lui fait un curettage et lui donne des injections de lysol.

A l'âge de vingt-neuf ans, c'est-à-dire neuf ans après cette fausse couche, la malade a un garçon ; l'accouchement est d'ailleurs normal, comme l'étaient les précé-

dents ; pendant la grossesse, elle souffre d'une cystite où, au milieu de grandes douleurs pour uriner, elle évacue des grains de sable ; il y a de l'albumine dans les urines. Les suites de ce dernier accouchement sont mauvaises pour la malade : elle souffre de névralgies intercostales pendant plusieurs mois ; elle tousse et crache du sang et éprouve, pendant longtemps, des accès d'oppression, des palpitations de cœur. Pendant ses grossesses, d'ailleurs, ses jambes enflaient, et à la dernière gestation, elle souffrait d'un ulcère variqueux qui ne s'est refermé qu'après de longs mois.

A trente-neuf ans, la malade est opérée d'appendicite par le docteur Tisserand, à l'hôpital Saint-Jacques.

Une année après, elle revient à l'hôpital pour fibrome provoquant de fortes hémorragies ; on lui fait un curetage utérin.

Six mois après, la malade, qui souffre toujours dans le ventre et perd beaucoup, subit une hystérectomie totale : fibrome et kystes ovariens.

Cette fois-ci, elle entre à l'hôpital pour hernie post-opératoire avec éventration ; l'affection, qui remonte au mois de mai, a débuté par la formation, dans la région ombilicale, d'une petite grosseur douloureuse qui s'agrandit de plus en plus en même temps qu'augmentent les symptômes fonctionnels. La malade a des douleurs dans l'abdomen, souffre de maux de tête, de douleurs dans les reins, a des sensations pénibles d'étouffement, urine difficilement ; du sang et du pus coulent par son orifice nasal droit.

Et cependant, à l'examen, la malade ne présente pas de signes pathologiques en rapport avec l'intensité de

ces symptômes fonctionnels. Elle est de taille moyenne, grasse, avec une grosse figure. Rien d'anormal à l'auscultation.

*Examen des urines.* — Urine à couleur rougeâtre fortement troublée, déposant par le repos. Petit disque d'albumine avec  $\text{AzO}^3\text{H}$ .

Le 14 novembre, la hernie est opérée avec succès par M. Tisserand; la malade se porte bien, pas de température.

### TROISIÈME OBSERVATION

M<sup>me</sup> Po..., trente-trois ans.

C'est une femme pâle, aux chairs atones et molles, au ventre en besace, qui présente, depuis quelque temps, tous les stigmates de la panoptose. Elle a toujours été constipée, mais elle l'est plus depuis quelque temps. Elle a de l'entéro-colite membraneuse, de la stase gastrique avec ptose. Pertes blanches très abondantes. Elle est constamment fatiguée, surtout le matin. Rein droit très abaissé.

Tous ces symptômes sont très accusés depuis sa dernière et unique grossesse, qui remonte à seize mois. Pendant la gestation, elle s'est remarquablement bien portée.

L'examen révèle d'autres petits signes : elle perd ses cheveux; ils se cassent facilement. Ses dents sont cariées. Elle n'était pas frileuse autrefois, elle l'est devenue. Elle accuse une sensation particulière : il lui semble que la fesse gauche est toujours mouillée. Elle n'a que rarement de la céphalée. Elle a toujours été régulièrement réglée, pas trop abondamment. Depuis

son accouchement, elle a maigri. Elle a des douleurs un peu partout. Elle s'enrhume facilement. Depuis quelques mois, elle accuse des symptômes psychiques de neurasthénie : idées noires, ennui, pas de plaisir dans la vie. Elle est devenue nerveuse, émotive. Elle a un léger état variqueux. Signe du sourcil. Pas d'œdème. Pouls autour de 85-88. Pression : 11 au Pachon. Poids : 56 kilos.

*Traitement.* — Série de vingt-quatre cachets de 0,10 de poudre thyroïdienne. Le pouls reste de 70 à 80. Le poids augmenté à 56 kilos 650. La malade a beaucoup d'appétit. Elle est moins constipée et n'a plus d'entérocélite. Pression toujours 11. Elle est beaucoup moins lasse et a beaucoup plus d'énergie. *N'a plus du tout de douleurs. N'a plus du tout de pertes blanches.* L'état moral est bien meilleur.

On lui donne une nouvelle série de vingt-quatre cachets. Persistance de l'amélioration. Poids : 65 kilos 700.

Nouvelle série de vingt-quatre cachets. Beaucoup d'appétit, l'intestin et l'estomac fonctionnent bien. On ne retrouve plus de stase gastrique. La malade n'est plus du tout constipée, elle a une selle tous les matins. Elle ne se considère plus du tout comme une malade. Poids : 66 kilos.

J'ai revu depuis M<sup>me</sup> P... plusieurs fois. Son ventre est toujours effondré et son rein abaissé. Mais son état général est excellent.

#### QUATRIÈME OBSERVATION

M<sup>me</sup> Rem..., quarante et un ans.

N'est plus réglée depuis dix-huit mois. Elle a eu quatre enfants, tous bien portants. Pendant ses grossesses elle

était très bien portante ; dans leur intervalle elle était généralement fatiguée. Depuis son mariage, elle a des migraines fréquentes et très pénibles. Mais ces migraines cessaient dès qu'elle était enceinte. Lorsqu'elle avait ses époques, les règles étaient très abondantes. Elle souffre très souvent de céphalée.

Elle vient consulter uniquement pour des signes de colite membraneuse, avec douleurs dans le ventre. Crises douloureuses, constipation. Débâcle de fausses membranes et glaires. Elle a beaucoup maigri. C'est, d'autre part, une nerveuse : elle se sent très fatiguée ; elle ne dort pas. Les digestions sont mauvaises.

*Examen.* — On peut constater un syndrome panoptosique complet. Enorme gastrectasie, avec paroi flasque, en chiffon. Côlon abaissé, corde de l'S iliaque. On sent le boudin cœcal. L'utérus n'a pas de métrite ; mais la malade a de la leucorrhée. On trouve, d'autre part, chez elle, de très petits signes de l'insuffisance thyroïdienne : signe du sourcil très marqué, perte des cheveux, varices ; la malade est devenue très frileuse ; elle a souvent des angines, des douleurs un peu partout. Sa dentition est très mauvaise ; en ces temps-ci, elle souffre de migraines très fréquentes et très pénibles ; elle présente alors de l'œdème des paupières très marqué. Même en dehors des migraines, elle se réveille souvent avec de l'œdème palpébral. Le pouls de 80 à 85. Poids, 45 kilogrammes ; pression, 13.

*Traitement.* — La malade est revue deux mois après ; elle a pris deux séries de vingt-quatre cachets de poudre thyroïdienne de 0,10. Elle ne souffre presque plus ; une seule fois, elle a eu la migraine. La céphalée

a presque totalement disparu. Du côté de la constipation, pas grand changement. Mais la malade était très fatiguée depuis longtemps ; elle ne l'est presque plus. Nous observons donc de ce côté un grand changement. D'autre part, elle n'a presque plus de pertes blanches. L'appétit est excellent. Elle digère très bien. Poids, 48 kil. 850. Pression, 13. Pouls, 88.

Cette malade m'a écrit dernièrement : l'état continue à être satisfaisant.

### CINQUIÈME OBSERVATION

M<sup>me</sup> L., cinquante-deux ans.

*A. H.* — Père mort de fièvre typhoïde, mère morte ictérique ; trois frères et une sœur en bonne santé.

*A. P.* — Réglée à douze ans et demi, régulièrement ; mariée à dix-neuf ans. A quatre enfants et deux fausses couches. (Un enfant mort en bas âge de fièvre muqueuse.) S'est toujours bien portée pendant les grossesses. L'affection débute il y a six ans par des troubles entéritiques et nerveux qui ont augmenté jusqu'à l'époque actuelle.

*Examen de la malade.* — Le ventre est flasque et dépressible. La peau de l'abdomen se laisse plisser en véritable chiffon. Si on plonge la main à l'épigastre, on arrive sur la colonne vertébrale et on sent facilement les battements de l'aorte. L'estomac est abaissé et gargouille à la percussion.

Le côlon transverse se sent rétréci comme une corde au devant de l'aorte ; on sent nettement le cordon sigmoïdal couché transversalement à gauche sur une longueur d'une douzaine de centimètres ; à droite, on perçoit aussi le cœcum en forme de cylindre, de boudin.

Le rein droit, sous l'action des mouvements respiratoires, vient se mettre sous les doigts qui cherchent à le saisir; il est mobile avec la respiration par hypertrophie, descendant dans l'hypocondre, à trois centimètres environ au-dessous des fausses côtes.

Le foie est abaissé ; le bord en est souple et non déformé.

Du côté de la *sphère génitale*, on ne peut noter aucun trouble notable; vagin un peu flasque, utérus petit et divisé en entéro- et latéro-version droite, sont les seuls signes à noter; pas de métrite.

La malade a eu deux ou trois fois des décharges urinaires soudaines et abondantes, semblant faire penser à de l'hydronéphrose par rein mobile.

*Le système musculaire* est peu développé.

Du côté de l'*appareil vasculaire*, rien à signaler; le pouls est plutôt hypotendu. La malade a des palpitations de cœur.

*Système nerveux.* La malade est une nerveuse. Sa maladie d'ailleurs l'impressionne beaucoup. Elle a souvent des sensations de constriction dans l'abdomen, souffre de bourdonnements d'oreilles, malaises divers, maux de tête. La malade dort assez bien.

*Appareil digestif.* La malade a bon appétit, mais les fonctions intestinales s'accomplissent mal; diarrhée séreuse avec scybales dures, mucosités, glaires accompagnées parfois de sang. Les urines ne renferment ni sucre ni albumine.

La malade reçoit comme traitement une sangle de Glénard et des cachets de Ferrier.

Deux mois après, nous demandons si elle a bien suivi

la thérapeutique indiquée et quels en ont été les résultats ; elle nous répond par la lettre suivante :

« Monsieur le docteur,

« Depuis quelque temps, *je me trouve bien mieux* ; néanmoins je me propose, aussitôt possible, d'aller vous consulter à nouveau.

« Veuillez agréer, Monsieur le docteur, l'expression de ma sincère reconnaissance.

« Veuve Louis L.

« Montboillon, 6 décembre 1912. »

### SIXIÈME OBSERVATION

M<sup>me</sup> J., trente-sept ans.

A. H. — Père très bien portant. Mère souvent souffrante, habituellement surmenée. Trois sœurs, dont une très nerveuse.

A. P. — Personnellement, M<sup>me</sup> X. n'a pas eu de maladie dans son jeune âge. Elle a été réglée à quatorze ans et demi, toujours très régulièrement. Elle a eu un enfant il y a neuf ans, et une fausse couche de trois mois, il y a huit ans. Elle a toujours joui d'une excellente santé pendant ses grossesses. C'est un an après sa fausse couche qu'elle a commencé à ressentir divers malaises qui furent mis longtemps sur le compte du nervosisme. Ces malaises consistaient surtout en courbature, douleurs dorsales, insomnie, susceptibilité nerveuse, tendance aux idées mélancoliques. En même temps, apparaissait de la constipation, quelques douleurs abdominales et des pertes blanches. Il y a cinq ans, la malade présenta des douleurs pelviennes et fut soignée pour de la métrite.

*Examen.* — La malade a le visage un peu pâle et les traits tirés. Du côté de l'abdomen, on trouve une paroi remarquablement flasque et atone, derrière laquelle on perçoit sans peine les anses intestinales roulant sous les doigts, le foie notablement abaissé (trois travers de doigt). Le rein droit est abaissé aussi, très mobile, mais non augmenté de volume.

Du côté des organes génitaux, on trouve un utérus abaissé, en rétroversion; le col est gros, légèrement ulcéré, et laisse échapper par son orifice une mèche glaireuse, non purulente.

*Traitement.* — Ceinture hypogastrique de Glénard. Recalcification (trois mesures de tricalcine par jour).

Mars 1912. — La malade a été remarquablement améliorée par ce traitement, son état général est redevenu très bon. Le système nerveux lui-même paraît en excellent état. Elle revient pour des troubles gastriques consistant surtout en pesanteur après les repas.

Juin 1912. — La malade a voulu interrompre son traitement, mais au bout d'un mois de cessation, elle a dû reprendre sa tricalcine.

Depuis cette époque, la malade a été revue plusieurs fois; elle déclare ne se sentir réellement bien que lorsqu'elle est sous l'influence du traitement recalcifiant. Pour essayer d'en rendre les effets plus durables, je tente un traitement thyroïdien. Celui-ci est très mal supporté, malgré les faibles doses employées. A mon avis, cette malade doit être rangée dans les cas d'instabilité thyroïdienne, mais montre bien l'heureux effet de la recalcification dans la panoptose.

### SEPTIÈME OBSERVATION

M<sup>me</sup> Sut., trente-deux ans. Deux enfants.

Je la vois pour la première fois en 1910. Elle se plaint d'une « crise de neurasthénie ». Elle me dit que depuis quelques années elle fait à tous les printemps la même « crise de neurasthénie ». Elle se plaint de fatigue extrême, elle maigrit, elle a des phobies : on ne la salue pas dans la rue, on la trouve ennuyeuse, elle trouve odieuse la vie mondaine, etc. Elle se rend compte, du reste, qu'il s'agit d'un état moral pathologique. Elle accuse, de plus, des troubles digestifs : elle a l'estomac ballonné; elle est constipée; elle remarque des glaires dans ses selles, etc. Elle constate, du reste, que les deux années précédentes, alors qu'elle habitait une ville des Vosges, elle avait été très rapidement soulagée par des cachets merveilleux. J'en vois l'ordonnance. Les sels calciques y entrent pour la plus grande part.

*Examen.* — M<sup>me</sup> Sut. est une femme plutôt maigre, pâle. Elle est fortement mais régulièrement réglée. Elle a un rein très abaissé, un estomac dilaté, un côlon spasmodique, le ventre peu solide. Elle a eu deux enfants à terme, qui font avec une facilité remarquable des infections bénignes, mais continues (bronchite, embarras gastrique), qui ont des adénopathies cervicales peu volumineuses, des végétations adénoïdes, etc.

M<sup>me</sup> Sut. perd ses cheveux au moment de ses crises printanières. Elle a les dents cariées. Elle est frileuse et se fatigue vite.

Je la mets aux cachets de Ferrier. Elle va immédiatement mieux. Cette amélioration répond à ce qu'elle

avait ressenti pendant les deux dernières années. Au bout de quelques semaines de traitement, elle prend des cachets de la poudre thyroïdienne à dose de 0,10 ctg. Pendant cette phase de traitement, elle maigrit encore un peu, mais elle remarque surtout une amélioration du côté de son caractère. Elle reprend goût à la vie et note une vivacité d'esprit qu'elle n'avait plus depuis longtemps. Elle n'a pris que trente cachets thyroïdiens. Depuis elle s'est remise aux sels de chaux. La santé est excellente. Elle digère bien. Elle va à la selle régulièrement. Elle a pris un embonpoint suffisant. De temps en temps, par mesure de précaution, elle prend quelques cachets de Ferrier.

#### HUITIÈME OBSERVATION

Miss X., vingt-six ans.

Jeune Anglaise. Gouvernante. Blonde, maigre, chairs molles.

Elle se plaint surtout de deux symptômes :

1° Une constipation opiniâtre que rien ne peut faire céder. Elle a usé de tous les remèdes, de tous les laxatifs français et anglais ;

2° Des troubles de dyspepsie atonique : lourdeur, pesanteur après les repas, vapeurs, éructations, inappétence. Elle a après les repas de la somnolence et une fatigue énorme. Elle accuse une très grande soif : elle boit beaucoup de thé. Ses dents sont mauvaises, elle perd ses cheveux, frilosité, elle a de grosses amygdales.

Je lui dis de surveiller ses selles lorsqu'elle en obtient à force de pilules et de drogues diverses — après plusieurs jours de thérapeutique laxative. Elle observe quelques glaires.

Elle présente une paroi abdominale molle et flasque et un rein très descendu.

*Traitement.* — Elle prend des cachets de Ferrier *Très rapidement* ses selles se régularisent. Elle ne cesse de faire de la recalcification. Pendant six mois elle va presque tous les jours à la selle sans drogues laxatives. Son état général s'améliore très sensiblement. Elle n'a plus de symptômes dyspeptifs, plus de clapotage stomacal. Elle digère bien. Je dois ajouter qu'elle a suivi un régime alimentaire qui facilitait la guérison de sa dyspepsie.

---

## CONCLUSIONS

---

1° La panoptose est un syndrome caractérisé par des troubles de la statique des viscères abdominaux causés par une insuffisance tissulaire générale, s'accompagnant de réaction nerveuse générale ou locale.

2° Il s'agit d'une maladie générale.

3° La panoptose évolue sur un terrain hypothyroïdien.

4° Le trouble thyroïdien qui aboutit à la panoptose est vraisemblablement un trouble de la fonction calcifiante du corps thyroïde.

VU :

*Le Président de la thèse,*

A. PONCET.

VU :

*Le Doyen,*

L. HUGOUNENQ.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

LYON, le 24 décembre 1912.

*Le Recteur Président du Conseil de l'Université,*

P. JOUBIN.



## TABLE DES MATIÈRES

---

|                                                                       |    |
|-----------------------------------------------------------------------|----|
| AVANT-PROPOS . . . . .                                                | 7  |
| CHAPITRE I <sup>er</sup> . — Explication du terme panoptose . . . . . | 10 |
| CHAPITRE II. — Symptomatologie. . . . .                               | 19 |
| CHAPITRE III. — Pathogénie . . . . .                                  | 26 |
| CHAPITRE IV. — Traitement. . . . .                                    | 40 |
| OBSERVATIONS . . . . .                                                | 45 |
| CONCLUSIONS . . . . .                                                 | 59 |

---



